



Banner Health®

HISTORIA MÉDICA DE PACIENTE NUEVO  
ADULTO- NEUROLOGÍA  
NEW PATIENT MEDICAL HISTORY  
ADULT NEUROLOGY

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

*Por favor sea tan detallado como pueda, para que podamos brindarle la mejor y más segura atención.*

Farmacia de su preferencia (Nombre y ubicación): \_\_\_\_\_

Médico que deriva

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**ALERGIAS**

Ninguna alergia que se sepa. Enumere cualquier alergia e intolerancia a **medicamentos, alimentos y ambientales**.

Alergia	Reacción

¿Es usted alérgico al medio de contraste intravenoso?  Sí  No ¿Cuál es su reacción? \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS**

No toma ningún medicamento

Enumere cualquier medicamento, vitamina, suplementos y medicinas de venta libre que toma, con la dosis y la frecuencia.

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia

¿Toma usted aspirina o algún anticoagulante?  Sí  No Si es así, escriba el nombre del medicamento, la dosis y la frecuencia: \_\_\_\_\_

Si no, ¿su médico le ha recomendado que no tome aspirina?  Sí  No

**DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD**



NEW PATIENT MEDICAL HISTORY  
ADULT NEUROLOGY

Patient Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Please provide as much detail as you are able so that we can give you the safest and best care possible.

Preferred Pharmacy (name and location): \_\_\_\_\_

Referring Physician

Name: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Fax #: \_\_\_\_\_

ALLERGIES

No Known Allergies List any allergies and intolerances to **medications, food or the environment.**

Allergy	Reaction

Are you allergic to IV contrast?  Yes  No If yes, what is your reaction? \_\_\_\_\_

MEDICATIONS

Not taking any medications

List any medications, vitamins, supplements, and over the counter medications you are taking, with dose and how often.

Medication Name	Dose	How often?

Are you on aspirin or a blood thinner?  Yes  No If yes, medication with dose and frequency: \_\_\_\_\_

If no, has a physician advised you not to take aspirin?  Yes  No

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD



HISTORIA MÉDICA DE PACIENTE NUEVO
ADULTO- NEUROLOGÍA
NEW PATIENT MEDICAL HISTORY
ADULT NEUROLOGY

HISTORIA MÉDICA

¿Qué problemas médicos ha tenido? Marque todos los que correspondan:

Table with 6 columns and 6 rows listing medical conditions such as Anxiety, Depression, Heart Failure, Sleep Apnea, Asthma, Diabetes, etc.

Otros problemas médicos:

¿Ha sido hospitalizado o ha ido a la Sala de Urgencias recientemente? (escriba las fechas y los motivos)

Table with 4 columns: Fecha, Motivo, Fecha, Motivo for recording hospitalizations.

HISTORIA QUIRÚRGICA

Enumere las cirugías que le han hecho y el año. [ ] Ninguna cirugía anterior

Table with 5 columns: Año, Tipo de cirugía, Año, Tipo de cirugía for listing surgeries.

Otras cirugías:

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD



**NEW PATIENT MEDICAL HISTORY  
ADULT NEUROLOGY**

**MEDICAL HISTORY**

What **medical** problems have you had? Please mark **all** that apply:

<input type="checkbox"/>	Anxiety	<input type="checkbox"/>	Depression	<input type="checkbox"/>	Heart failure	<input type="checkbox"/>	Obstructive sleep apnea
<input type="checkbox"/>	Asthma	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	High cholesterol	<input type="checkbox"/>	Osteoarthritis
<input type="checkbox"/>	Atrial fibrillation	<input type="checkbox"/>	Emphysema/bronchitis	<input type="checkbox"/>	High blood pressure	<input type="checkbox"/>	Rheumatoid arthritis
<input type="checkbox"/>	Brain aneurysm	<input type="checkbox"/>	Head injury	<input type="checkbox"/>	Irregular heart beat	<input type="checkbox"/>	Seizures / epilepsy
<input type="checkbox"/>	Coronary artery disease	<input type="checkbox"/>	Heart attack	<input type="checkbox"/>	Neuropathy	<input type="checkbox"/>	Stroke / TIA
<input type="checkbox"/>	Dementia	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

**Other medical problems:**

---



---

**Have you had any recent hospitalizations or ER visits (provide dates and reason below)?**

Date	Reason	Date	Reason

**SURGICAL HISTORY**

List all prior surgeries and the year.  No prior surgeries

Year	Type of Surgery	Year	Type of Surgery
	Back surgery		Neck surgery – Cervical spine surgery
	Brain surgery		Pacemaker / AICD
	Carotid artery surgery		Tonsillectomy / Adenoidectomy
	Coronary artery bypass graft/ stent		

**Other surgeries:**

---



---

**DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD**



HISTORIA MÉDICA DE PACIENTE NUEVO
ADULTO- NEUROLOGÍA
NEW PATIENT MEDICAL HISTORY
ADULT NEUROLOGY

ANTECEDENTES FAMILIARES

Enumere las enfermedades de cada miembro de la familia. Incluya diabetes, enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares, cáncer, enfermedades mentales o cualquier trastorno neurológico.

Table with 5 columns: Relationship (Padre, Madre, Hermanos, Hermanas, Hija, Hijo), Vivo, Fallecido, Edad del fallecimiento, and Enfermedad(es).

Otros antecedentes familiares relevantes: \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES SOCIALES

Table for social history with sections for tobacco use (Nunca, Actualmente, Antes usaba), alcohol consumption, drug use, and caffeine intake, each with checkboxes for Yes/No and fields for Type, Quantity, and Frequency.

Ocupación \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Ocupaciones anteriores: \_\_\_\_\_

Marital status options: Soltero, Casado, Divorciado, Viudo, Separado, Con compañero

Nivel de educación: \_\_\_\_\_

¿Está embarazada o planea embarazarse? Sí No

¿Amamanta actualmente? Sí No

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD



NEW PATIENT MEDICAL HISTORY  
ADULT NEUROLOGY

FAMILY HISTORY

List health conditions for each family member. Please include diabetes, heart disease, high blood pressure, stroke, cancer, mental illness, or any neurological disorder.

	Alive	Deceased	Age of Death	Health Condition(s)
Father				
Mother				
Brothers				
Sisters				
Daughter				
Son				

Any Additional Pertinent Family History: \_\_\_\_\_

SOCIAL HISTORY

Tobacco/smoking status:	<input type="checkbox"/> Never				
	<input type="checkbox"/> Current	Type	Amount	Duration	
	<input type="checkbox"/> Former	Type	Amount	Duration	
Do you use alcohol?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	Type	Amount	Frequency
Do you use recreational drugs?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	Type	Amount	Frequency
Do you use Caffeine?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	Type	Amount	Frequency

Occupation \_\_\_\_\_ Employer \_\_\_\_\_ How long? \_\_\_\_\_

Previous occupations: \_\_\_\_\_

Single  Married  Divorced  Widowed  Separated  Partnered

Highest level of education: \_\_\_\_\_

Are you currently pregnant or planning on becoming pregnant?  Yes  No

Are you currently breastfeeding?  Yes  No

DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD



**HISTORIA MÉDICA DE PACIENTE NUEVO  
ADULTO- NEUROLOGÍA  
NEW PATIENT MEDICAL HISTORY  
ADULT NEUROLOGY**

**REVISIÓN DE LOS SISTEMAS**

¿En las últimas 6 semanas, ha experimentado alguno de los siguientes síntomas?

GENERAL			GENITOURINARIO			PSIQUIÁTRICO		
Escalofríos	Sí	No	Sangre en la orina	Sí	No	Ansiedad	Sí	No
Fatiga	Sí	No	Dolor al orinar	Sí	No	Depresión	Sí	No
Fiebre	Sí	No	Poliuria (orina en grandes cantidades)	Sí	No	Insomnio	Sí	No
Malestar	Sí	No	Micción frecuente	Sí	No	<b>PIEL</b>		
Sudores nocturnos	Sí	No	Incontinencia urinaria	Sí	No	Alergias de contacto	Sí	No
Aumento de peso	Sí	No	Retención urinaria	Sí	No	Urticaria	Sí	No
Pérdida de peso	Sí	No	<b>REPRODUCTIVO</b>			Comezón	Sí	No
<b>Cabeza, oídos, ojo, nariz y garganta</b>			Papanicolaou anormal	Sí	No	Cambio de aspecto de un lunar	Sí	No
Secreción de los oídos	Sí	No	Secreción de la mama	Sí	No	Sarpullido	Sí	No
Dolor de oídos	Sí	No	Masa en la mama	Sí	No	Lesiones de la piel	Sí	No
Secreción de los ojos	Sí	No	Dismenorrea	Sí	No	<b>MUSCULOESQUELÉTICO</b>		
Dolor de ojos	Sí	No	Sofocos	Sí	No	Dolor de espalda (lumbar)	Sí	No
Pérdida del oído	Sí	No	Menstruación irregular	Sí	No	Dolor de articulaciones	Sí	No
Secreción nasal	Sí	No	Relaciones sexuales dolorosas	Sí	No	Inflamación de articulaciones	Sí	No
Presión en los senos nasales	Sí	No	Secreción vaginal	Sí	No	Debilidad muscular	Sí	No
Dolor de garganta	Sí	No	<b>METABÓLICO/ENDOCRINO</b>			Dolor de cuello	Sí	No
Cambios de la vista	Sí	No	Cabello quebradizo	Sí	No	<b>SANGUÍNEO</b>		
<b>RESPIRATORIO</b>			Uñas quebradizas	Sí	No	Sangra con facilidad	Sí	No
Tos crónica	Sí	No	Intolerancia al frío	Sí	No	Moretones con facilidad	Sí	No
Tos	Sí	No	Hambre excesiva	Sí	No	Linfadenopatía (ganglios inflamados)	Sí	No
Exposición a la tuberculosis	Sí	No	Sed excesiva	Sí	No	<b>INMUNITARIO</b>		
Dificultad para respirar	Sí	No	Cambios en el pelo	Sí	No	Alergias ambientales	Sí	No
Sibilancia	Sí	No	Intolerancia al calor	Sí	No	Alergias a alimentos	Sí	No
<b>CARDIOVASCULAR</b>			Hirsutismo (vello excesivo)	Sí	No	Alergias estacionales	Sí	No
Dolor de pecho (torácico)	Sí	No	<b>NEUROLÓGICO</b>					
Claudicación (dolor en las extremidades - piernas)	Sí	No	Mareos	Sí	No			
Edema (hinchazón)	Sí	No	Entumecimiento de las extremidades	Sí	No			
Palpitaciones	Sí	No	Debilidad de las extremidades	Sí	No			
<b>GASTROINTESTINAL</b>			Alteraciones en la marcha	Sí	No			
Dolor abdominal	Sí	No	Dolores de cabeza	Sí	No			
Sangre en las heces	Sí	No	Pérdida de la memoria	Sí	No			
Cambios en las heces	Sí	No	Convulsiones	Sí	No			
Estreñimiento	Sí	No	Temblores	Sí	No			
Diarrea	Sí	No						
Acidez estomacal	Sí	No						
Pérdida del apetito	Sí	No						
Náuseas	Sí	No						
Vómito	Sí	No						

**DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD**



**NEW PATIENT MEDICAL HISTORY  
ADULT NEUROLOGY**

**REVIEW OF SYSTEMS**

In the last six weeks, have you experienced any of the following:

CONSTITUTIONAL			GENITOURINARY			PSYCHIATRIC		
Chills	Yes	No	Blood in urine	Yes	No	Anxiety	Yes	No
Fatigue	Yes	No	Painful urination	Yes	No	Depression	Yes	No
Fever	Yes	No	Polyuria (urinating large volumes)	Yes	No	Insomnia	Yes	No
Malaise	Yes	No	Urinary frequency	Yes	No	SKIN		
Night sweats	Yes	No	Urinary incontinence	Yes	No	Contact allergies	Yes	No
Weight gain	Yes	No	Urinary retention	Yes	No	Hives	Yes	No
Weight loss	Yes	No	REPRODUCTIVE			Itching	Yes	No
HEENT			Abnormal pap	Yes	No	Mole change	Yes	No
Ear drainage	Yes	No	Breast discharge	Yes	No	Rash	Yes	No
Ear pain	Yes	No	Breast lump	Yes	No	Skin lesion	Yes	No
Eye discharge	Yes	No	Dysmenorrhea	Yes	No	MUSCULOSKELETAL		
Eye pain	Yes	No	Hot flashes	Yes	No	Back pain	Yes	No
Hearing loss	Yes	No	Irregular menses	Yes	No	Joint pain	Yes	No
Nasal drainage	Yes	No	Painful intercourse	Yes	No	Joint swelling	Yes	No
Sinus pressure	Yes	No	Vaginal discharge	Yes	No	Muscle weakness	Yes	No
Sore throat	Yes	No	METABOLIC/ ENDOCRINE			Neck pain	Yes	No
Vision changes	Yes	No	Brittle hair	Yes	No	HEMATOLOGIC		
RESPIRATORY			Brittle nails	Yes	No	Easy bleeding	Yes	No
Chronic cough	Yes	No	Cold intolerance	Yes	No	Easy bruising	Yes	No
Cough	Yes	No	Excessive hunger	Yes	No	Lymphadenopathy	Yes	No
Known TB exposure	Yes	No	Excessive thirst	Yes	No	IMMUNOLOGIC		
Shortness of breath	Yes	No	Hair changes	Yes	No	Environmental allergies	Yes	No
Wheezing	Yes	No	Heat intolerance	Yes	No	Food allergies	Yes	No
CARDIOVASCULAR			Hirsutism	Yes	No	Seasonal allergies	Yes	No
Chest pain	Yes	No	NEUROLOGICAL					
Claudication (pain in extremities)	Yes	No	Dizziness	Yes	No			
Edema (swelling)	Yes	No	Extremity numbness	Yes	No			
Palpitations	Yes	No	Extremity weakness	Yes	No			
GASTROINTESTINAL			Gait disturbance	Yes	No			
Abdominal pain	Yes	No	Headache	Yes	No			
Blood in stool	Yes	No	Memory loss	Yes	No			
Change in stools	Yes	No	Seizures	Yes	No			
Constipation	Yes	No	Tremors	Yes	No			
Diarrhea	Yes	No						
Heartburn	Yes	No						
Loss of appetite	Yes	No						
Nausea	Yes	No						
Vomiting	Yes	No						

**DO NOT RETAIN AS PART OF THE PERMANENT MEDICAL RECORD**